

Julie Sofie Engebretsen
Åse Katrin Uhlen

Kvalitet i en sekk og forbedringsarbeid i kommunehelsetjenesten

Antall ord: 8518

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Rigmor E. Alnes

Mai 2019

Julie Sofie Engebretsen
Åse Katrin Uhlen

Kvalitet i en sekk og forbedringsarbeid i kommunehelsetjenesten

Antall ord: 8518

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Rigmor E. Alnes
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Bakgrunn: *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7* ble lansert av Helsedirektoratet i 2011 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Med dette ble det økt fokus på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i det norske helsevesenet. Tiltakspakkene i programmet representerer ulike innsatsområder som har forbedringspotensial, og skal hjelpe helsepersonell med forbedringsarbeid på deres arbeidsted og dermed kunne redusere pasientskader.

Hensikt: I forbindelse med innføringen av tiltakspakken *Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (hjemmetjenesten)* i en bykommune i Midt-Norge ønsket vi å se nærmere på erfaringene til sykepleier, og hvilke fordeler og utfordringer innføringen medførte.

Metode: Kvalitativt deskriptiv metode ble valgt. Det ble utført et fokusgruppeintervju med en påfølgende tekstkondenseringsanalyse.

Resultat: Sykepleierne i denne undersøkelsen oppga at tiltakspakken førte til kvalitetsforbedring, og trakk i den forbindelse spesielt frem betydningen av de standardiserte kartleggingsverktøyene og nye utstyret som medfulgte tiltakspakken. De opplevde at samarbeidet med andre helseinstanser ble bedre, men uttrykte at det fortsatt er behov for utvikling i samhandling på tvers av sektorer. Sykepleierne erfarte også utfordringer med implementeringsarbeidet av tiltakspakken, hovedsakelig knyttet til manglende tid, ressurser og tilretteleggelse.

Konklusjon: Tiltakspakken har gitt kvalitetsforbedring i hjemmetjenesten, men det er fortsatt behov for arbeid med implementeringen. For at det skal lykkes trenger de å involvere kollegaer gjennom undervisning og opplæring. Likeledes er det avgjørende med engasjement og støtte fra ledelsen på alle nivåer. Sykepleiere har et selvstendig ansvar i å drive forbedringsarbeid i sitt daglige virke, men de er avhengig av at rammene rundt gir støtte til å drive kvalitetsarbeid.

Abstract

Background: Since 2011 the Norwegian government of health has focused on quality of health care and patient safety in a program called *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7*. The program is divided into different areas that need improvement and is meant to give healthcare professional the tools and knowledge they need to carry out long lasting improvement in practice as well as improvement in patient outcomes at their workplace.

Objective: We wanted to explore the experiences of nurses providing care to patients in their homes when implementing one of these programs. The program is meant to give healthcare professionals tools in recognize patients that are developing acute and critical changes in their health and act accordantly to prevent further damage to their health.

Method: A qualitative descriptive method was chosen, and a focus group interview was carried out followed by an analysis using the Systematic Text Condensation (STC).

Results: The nurses experienced an improvement in the quality of health care for home patients when implementing the program. They reported that the collaboration with other parts of the health care system was better, however they felt it needed further enhancement. The nurses also experienced some challenges in the implementation of the program, mainly in regards to lack of time, resources and facilitation of the implementation work

Conclusion: Although they experienced an improvement in services with the program, the study shows that there is still ample room for improvement. The implementation needs further work to be successfully intergraded in the day-to-day practice. Areas that need attention for the success of the program are the involvement of all their colleagues, and the commitment and support at all levels in the organizations leadership.

Forord

Vi vil gjerne takke hovedveileder Rigmor E. Alnes for god oppfølging og veiledning gjennom prosjektet. Prosessen gjennom dette skriftlige arbeidet har vært svært lærerik og givende. Vi vil også takke Anne Dreyer for hennes rådgiving og gode tilbakemeldinger underveis. En spesiell takk går til Torill Skorpen ved utviklingssentret for sykehjem og hjemmetjenesten uten henne ville dette prosjektet aldri blitt til.

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for tema	11
1.2	Begrunnelsen for valg av tema og hensikt med oppgaven	11
1.2.1	Problemstilling.....	12
1.3	Avgrensinger og avklaringer	12
2	Teoribakgrunn	13
2.1	Tiltakspakken Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	13
2.1.1	Tiltak 1: Etabler tverrfaglig undervisning og ferdighetstrening	14
2.1.2	Tiltak 2: Bruk av validerte verktøy for observasjon, skåring og respons	14
2.1.3	Tiltak 3: Gjennomfør sikker muntlig kommunikasjon.....	16
2.1.4	Tiltak 4: Tilkall kvalifisert hjelp ved forverring	16
2.1.5	Tiltak 5: Involver bruker og pårørende.....	16
2.1.6	Akuttsekk og opplæring i tiltakspakken	17
2.2	Forbedringsarbeid.....	17
2.2.1	Forbedringsarbeid i praksis.....	19
3	Metodebeskrivelse	20
3.1	Metodetilnærming	20
3.2	Utvalg	20
3.3	Forberedelse og gjennomføring av intervju	21
3.4	Analyse av data	21
3.5	Etikk	23
4	Resultat.....	24
4.1	Kvalitetsforbedringer etter innføringen av tiltakspakken.....	24
4.2	Samhandling med andre instanser	25
4.3	Implementeringen i HBO	26
5	Diskusjon	28
5.1	Metodekritikk.....	28
5.2	Kvalitet i en sekk.....	28
5.3	Felles språk på tvers av sektorer	29
5.4	Støtte, involvering og arbeidsfelleskap	30
5.5	Konklusjon	31
5.5.1	Konsekvens for sykepleie	31
6	Referanser	33

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for tema

Pasientsikkerheten ble først satt på agendaen av Verdens helseorganisasjon (WHO). Målet er å forhindre pasientskader som oppstår under helsehjelp og å redusere risikoen for unødvendig skade til et akseptert minimum (WHO, 2017). Nasjonalt ble det også økt fokus på pasientsikkerhet og kvalitetsutvikling. I St.meld.nr.16 (2010-2011) kommer det frem at regjeringen fremmet et lovforslag som forplikter alle virksomheter til å drive systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerheten. Helsedirektoratet lanserte Pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* i 2011 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Den består i ulike tiltakspakker helsepersonell kan benytte for å bedre kvaliteten i utvalgte innsatsområder på arbeidsplassen og dermed redusere pasientskader. Pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* har siden den gang inkludert flere nye innsatsområder, parallelt med et stadig sterkere fokus på pasientsikkerhet og kvalitet i helsevesenet fra myndighetene sin side. Dette kommer tydelig frem i St.meld.nr. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester og St.meld.nr. 13 (2016-2017) Kvalitet og pasientsikkerhet.

Pasientsikkerhetsprogrammet arbeider ut mot kommunene på to måter; gjennom et samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og gjennom å etablere og gi støtte til pasient- og brukersikre kommuner (Helsedirektoratet, 2018a). USHT i Møre og Romsdal har et satsningsområde for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i kommunehelsetjenesten, herunder kommer oppfølging av *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7* (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2017). I en bykommune i Midt-Norge er det besluttet i et samarbeid med USTH å starte med innføringen av tiltakspakken Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (hjemmetjeneste) fra pasientsikkerhetsprogrammet. Bakgrunnen for dette var at etter samhandlingsreformen (2012) har sykepleierne i kommunen fått ansvar for mer komplekse behandlingsregimer i hjemmet. Den hjemmeboende brukeren er mer sårbar for akutte forverringer i helsetilstanden, flere har kroniske lidelser og et synkende funksjonsnivå. Derfor mener Helsedirektoratet (2018b) at helsepersonell i kommunene har behov for god kompetanse og rutiner i systematiske observasjoner for å avdekke forverring tidlig og sette i gang riktige tiltak.

1.2 Begrunnelsen for valg av tema og hensikt med oppgaven

Det var en representant fra kommunen som foreslo at studenter fra universitetet kunne undersøke innføringen av tiltakspakken i en bacheloroppgave. Vi har under praksis i hjemmebasert omsorg (HBO) observert at det har vært mangel på tilgjengelig utstyr, samt etterlyst standardiserte kartleggingsverktøy. Vi er begge opptatt av at tidlige tegn og utviklingen av akutt og kritisk sykdom oppdages raskt slik at brukere får den helsehjelpen de har behov for. Hensikten med denne oppgaven er å se nærmere på sykepleierne sine erfaringer med innføringen av Tidlig oppdagelse av forverret tilstand i

(hjemmetjeneste). Hvilke utfordringer og fordeler opplever de i forbindelse med dette satsningsområdet i bykommunen.

1.2.1 Problemstilling

Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmebasert omsorg med akuttsekken og innføringen av tiltakspakken Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (hjemmetjeneste).

1.3 Avgrensinger og avklaringer

Det hadde vært naturlig å inkludert annet helsepersonell i denne studien fordi disse også har tett brukerkontakt i hjemmetjenesten, men ettersom dette er en bacheloroppgave med begrenset tid valgte vi å fokusere på sykepleierens perspektiver og erfaringer. Dette ble også en naturlig avgrensning da sykepleiere i kommunen var de eneste som hadde kommet i gang med bruken av tiltakspakken.

HBO er når mottaker mottar helsehjelp i egen bolig. Mottaker av helsehjelpen fra HBO kalles en bruker. Benevnelsen hjemmetjenesten kan også brukes, og har samme betydning som HBO. I tillegg til programmet fikk HBO nytt utstyr som kom i en akuttsekk (denne blir forklart på et senere tidspunkt) som skal bidra med tilgjengelig utstyr for sykepleier.

I 2019 opphørte pasientsikkerhetskampanjen som ble lansert i 2011 og det tidligere sekretariatet gikk over til å bli Avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet, *Pasientsikkerhetsprogrammet i trygge hender 24-7* ble videreført til å hete *I trygge hender 24-7*. Vi vil heretter benytte oss av benevnelsen *I trygge hender 24-7*.

2 Teoribakgrunn

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for teori om tiltakspakken Tidlig oppdagelse av forverret tilstand og hvordan denne er tenkt etablert i kommunen gjennom proACT-konseptet. I tiltakspakken til HBO medfølger det en akuttsekk. Teori om kvalitetsarbeid og utfordringer med forbedringsarbeid er belyst ved hjelp av veiledere og kunnskap fra pasientsikkerhetsprogrammet og Folkehelseinstituttet. I tillegg har vi innhentet teori om kvalitet i helsevesenet, om endringer, forbedringskunnskap og forbedringsarbeid av Arne Orvik, *Organisatorisk kompetanse* (2015) og Dag-Gunnar Stubberud, *Kvalitet og pasientsikkerhet* (2018).

2.1 Tiltakspakken Tidlig oppdagelse av forverret tilstand

Formålet med tiltakspakken er å bedre observasjons- og handlingskompetansen til helsepersonell. Dette for å identifisere hjemmeboende brukere med forverret tilstand tidlig, og iverksette riktige tiltak for å begrense utviklingen av kritisk og akutt sykdom. Tiltakspakken består av fem tiltak: 1. etablere tverrfaglig undervisning og ferdighetstrening, 2. bruk av validerte verktøy for observasjon, skåring og respons, 3. gjennomfør sikker muntlig kommunikasjon, 4. tilkalle kvalifisert hjelp ved en forverring og 5. involvering av bruker og pårørende. Disse tiltakene vil belyses nærmere nedenfor.

Pasientsikkerhetsprogrammet tar i tillegg for seg teori og kunnskap om implementeringsarbeid. For å kunne teste ut og implementere tiltakene er det utarbeidet ulike målingsverktøy og tatt i bruk en forbedringsmodell. Disse fungerer som et rammeverk for implementering og gjør det mulig å følge med på etableringen av tiltakspakken (Helsedirektoratet, 2018c, s. 15). Forbedringsmodellen som er tatt i bruk er PDSA-modellen (Plan, Do, Study, Act). Denne modellen tar ifølge Orvik (2015, s. 278) for seg endringsprosessen i små trinn der man først skal identifisere hva slags endringer det er behov for. Når dette er kartlagt kan endringene utføres og deretter kontrolleres og justeres. Tilslutt ser man på om det har skjedd en forbedring i praksis og korrigerer etter behov. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har videreutviklet modellen til å inneholde et femte trinn som omhandler standardisering og etableringen av tiltakene (Orvik, 2015, s. 278).

2.1.1 Tiltak 1: Etabler tverrfaglig undervisning og ferdighetstrening

”Formålet med dette tiltaket er å sikre at alt helsepersonalet med brukerkontakt har grunnleggende kompetanse i kliniske observasjoner etter ABCDE-prinsippene” (Helsedirektoratet, 2018c, s. 6). Tiltaket skal i tillegg etablere rutiner i å observere brukers vitale funksjoner og sørge for undervisning og ferdighetstrening (Helsedirektoratet, 2018c, s. 6).

ABCDE-prinsippene er et verktøy for å systematisk kartlegge en brukers vitale funksjoner, prinsippene kan også brukes når man skal opprettholde og gjenopprette vitale funksjoner der de er truet (Stubberud, 2019, s. 75). ABCDE-prinsippene består ifølge Stubberud (2018, s. 7) av:

- *Airways: å sikre frie luftveier*
- *Breathing: å kartlegge respirasjon, å sikre pasienten adekvat oksygenering og ventilering, og eventuelt administrere forordnet oksygenbehandling.*
- *Circulation: å kartlegge pasientens sirkulasjon, å sikre pasienten adekvat sirkulasjon til vitale organer, eventuelt etablere venøs tilgang og administrere forordnet intravenøs væskebehandling.*
- *Disability: å kartlegge pasientens bevissthet og nevrologisk status.*
- *Expose: å gjøre en ytre vurdering av pasienten og måle kroppstemperatur.*

2.1.2 Tiltak 2: Bruk av validerte verktøy for observasjon, skåring og respons

”Formålet med dette tiltaket er å sikre gode rutiner for overvåking av brukers vitale funksjoner” (Helsedirektoratets, 2018c, s. 7). Validerte verktøy som National Early Warning Score 2 (NEWS2, se figur 1.0 og 1.1) skal sikre gode rutiner for måling av brukers vitale funksjoner, der det oppdages forverring i tilstanden skal riktig instans bli tilkalt (Helsedirektoratet, 2018b). Det standardiserte verktøyet tar utgangspunkt i å måle vitale parameter som puls, systolisk blodtrykk, temperatur, respirasjonsfrekvens, timediurese og brukers bevissthet og SpO2, med eller uten oksygen. Sykepleier gir så observasjonene og målingene de har gjort av aktuelle parameter en skår fra 0 og oppover. Poengskåren sammenlagt, eller en høy skår, utløser ulike sykepleietiltak. Eksempel på sykepleietiltak er overvåking av vitale parameter med gitte tidsintervaller. Ved en lav skår skal personen undersøkes av en sykepleier, som tar stilling til hvor ofte og nøye bruker skal overvåkes og om det er nødvendig å iverksette andre tiltak (Stubberud, 2018, s. 78). Ved en middels skår sammenlagt, eller høy skår på hvilken som helst parameter, skal bruker ha raskt tilsyn av lege for å bedømme akutt sykdom (Stubberud, 2018, s. 78). Når det er en høy skår sammenlagt, kreves det øyeblikkelig tilsyn av spesialist i akutt-/intensivmedisin, oftest overflytting til en intensivavdeling (Stubberud, 2018, s. 78).

Figur 1.0: NEWS2 Skåring av vitale parameter (Kompetansebroen, 2018)

NEWS2 National Early Warning Score2

Fysiologiske parametre	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (per minutt)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
SpO ₂ Skala 1 (%)	≤91	92-93	94-95	≥96			
SpO ₂ Skala 2* (%)	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93 på luft	93-94 på oksygen	95-96 på oksygen	≥97 på oksygen
Luft eller oksygen?		Oksygen		Luft			
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Puls (per minutt)	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Bevissthetsnivå**				A			CVPU
Temperatur (°C)	≤35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥39,1	

*SpO₂ Skala 2 brukes kun ved kjent hyperkapnisk respirasjonsvikt, verifisert ved blodgass. Lege må dokumentere i pasientens journal at Skala 2 skal brukes.

** Bevissthetsnivå:
A= Alert (våken)
C= New confusion (nyoppstått forvirring)
V= Voice (reagerer på tiltale)
P= Pain (reagerer på smertestimulering)
U= Unresponsive (reagerer hverken på tiltale eller smertestimulering)

© Royal College of Physicians 2017
Royal College of Physicians

Figur 1.1: Sykepleietiltak etter NEWS2-skår (Kompetansebroen, 2018)

NEWS (Skår)	Overvåkningsfrekvens	Respons	Fare for sykehusmortalitet
0	Minimum hver 12. time.	Fullstendig NEWS ved hvert observasjonstidspunkt.	Lav
Totalt 1-4	Minimum hver 4-6. time.	Sykepleier på post skal vurdere behov for: - Kliniske tiltak - Økt overvåkningsfrekvens/-nivå - Legekontakt	
Skår 3 i én parameter	Minimum én gang per time, eller etter forordning fra lege.	Sykepleier på post skal informere ansvarlig lege og sammen med denne vurdere behov for: - Kliniske tiltak - Økt overvåkningsnivå - Kontakt med mobil intensivgruppe (MIG)	Lav-middels
Totalt 5 eller høyere	Minimum én gang per time, eller etter forordning fra lege.	Sykepleier på post skal omgående informere ansvarlig lege og sammen med denne vurdere behov for: - Kliniske tiltak - Økt overvåkningsnivå - Kontakt med mobil intensivgruppe (MIG)	Middels
Totalt 7 eller høyere	Kontinuerlig overvåkning av vitale funksjoner, eller etter forordning fra lege	Sykepleier på post skal umiddelbart informere (spesialistkompetent) ansvarlig lege og sammen med denne ta kontakt med MIG. MIG og postpersonalet bestemmer sammen kortsiktig plan og vurderer behov for: - Omgående kliniske tiltak - Overflytning til overvåkningsavdeling	Høy

OBS: En lav skår utelukker ikke alvorlig sykdom. NEWS2 er et supplerende hjelpemiddel til observasjonskompetanse og skjønn.

Ved mistanke om infeksjon og NEWS2 ≥ 5: Vurder om pasienten kan ha sepsis og igangsett isåfall umiddelbar behandling.

© Akerhus universitetssykehus

2.1.3 Tiltak 3: Gjennomfør sikker muntlig kommunikasjon

”Formålet med dette tiltaket er sikker muntlig kommunikasjonen mellom helsepersonell med bruk av ISBAR. Denne metoden sikrer at pasient- og brukerinformasjonen blir gitt og mottatt på en strukturert og effektiv måte” (Helsedirektoratet, 2018c, s. 8). ISBAR (identify, situation, background, assessment, recommendation, se figur 1.2). Dette er et skjema som lett kan følges når man kommuniserer med andre helseinstanser.

Figur 1.2: Viser ISBAR- skjema (Kompetansebroen, 2018)

I identifikasjon	Oppgi <ul style="list-style-type: none">• hvem du er• hvor du er• pasientens navn, alder, ev. kjønn og avdeling
S situasjon	Hva er problemet/årsaken til kontakt? <ul style="list-style-type: none">• Jeg ringer fordi ... (beskriv)• Jeg har observert vesentlige endringer ... (ABCDE)• Jeg har målt følgende verdier ... (RF*, SpO2#, puls/rytme, BT[^], kapillærfyllning, tp.#)• Jeg har fått prøvesvar ...
B bakgrunn	Hvis det haster og/eller du er bekymret – gi beskjed! Kort og relevant sykehistorie <ul style="list-style-type: none">• Innleggelsesdiagnose og -dato• Tidligere sykdommer av betydning• Aktuelle problemer og behandling/tiltak til nå• Allergier
A analyse	Analyse (vurdering av situasjon og bakgrunn) <ul style="list-style-type: none">• Jeg tror problemet/årsaken til pasientens tilstand er (respiratorisk, sirkulatorisk, neurologisk).• Jeg kjenner ikke problemet, men tilstanden er forverret.• Pasienten er ustabil, vi må gjøre noe.• Jeg er bekymret.
R råd	Be om konkrete råd og tiltak og tydeliggjør forventninger <ul style="list-style-type: none">• Jeg foreslår ... / Hvilke tiltak anbefaler du?• Umiddelbare tiltak• Utredning/behandling• Hvor ofte skal jeg ...• Når skal jeg ta kontakt igjen? Når kommer du?• Bekreft beskjeder og tiltak med «closed loop».

2.1.4 Tiltak 4: Tilkall kvalifisert hjelp ved forverring

”Formålet med dette tiltaket er å sikre at akutfaglig kompetanse er tilgjengelig når brukers tilstand forverres ved å etablere rutiner for å tilkalle hjelp” (Helsedirektoratet, 2018c, s. 9). Tiltakene til sykepleiere i den kommunen vi gjorde vår undersøkelse i, vil være å tilkalle ambulanse ved behov for øyeblikkelig hjelp og legevakt ved moderat til høy skår på NEWS2. I tillegg kan de kontakte tilsyns- eller fastlege etter behov.

2.1.5 Tiltak 5: Involver bruker og pårørende

Formålet med dette tiltaket er å legge til rette for et godt samarbeid mellom helsepersonell, bruker og pårørende. Brukere og pårørende sitter ofte inne med viktig informasjon som kan avdekke en forverret tilstand (Helsedirektoratet, 2018c, s. 10).

2.1.6 Akuttsekk og opplæring i tiltakspakken

I forbindelse med tiltakspakken har HBO fått akuttsekker som skal sørge for at helsepersonell i HBO har tilgjengelig utstyr i feltet til å utføre de kliniske undersøkelser i hjemmet. Akuttsekken er et unikt supplement til Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (hjemmetjeneste) for helsepersonell i HBO. Disse akuttsekkene inneholder manuelt blodtrykksapparat, stetoskop, blodsukkerapparat, saturasjonsmåler, kateteriseringsutstyr, urinsticks, sårpakke, ventilasjonsmaske, veneflon, temperaturmåler, lommelykt og målebånd.

Opplæringsprogrammet proACT benyttes i undervisning i grunnleggende observasjonskompetansen, og opplæring i de ulike karleggingsvertøyene, kommunikasjonsverktøyene og for å tilegne seg ferdigheter som kreves av tiltakspakken. Dette er et lisensbelagt opplæringskonsept som er spesielt utviklet for kommuner (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste, 2018). Opplæringen er organisert slik at sykepleiere fra hver sone/avdeling går på kurs og opplæres i proACT og deretter selv blir instruktører. De underviser så sin egen sone/avdeling og eventuelt andre etter behov, i både innhold og bruk av tiltakspakken.

2.2 Forbedringsarbeid

Gjennom Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-2 er kommunene pålagt å drive kvalitetsarbeid. Her står det blant annet: "Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet" (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-2). Kvalitetsarbeid består i kvalitetsforbedring og kvalitetskontroll, og er ifølge Stubberud (2018, s. 11) en kontinuerlig prosess for utvikling og forbedring av helse- og omsorgstjenestene. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (hjemmetjeneste) er et nasjonalt tiltak for kvalitetsforbedring i hjemmebasert omsorg. Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene innebærer ifølge Meld.St.nr.13 (2016-2017):

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer pasientene/brukerne
- Gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelig og rettferdig fordelt

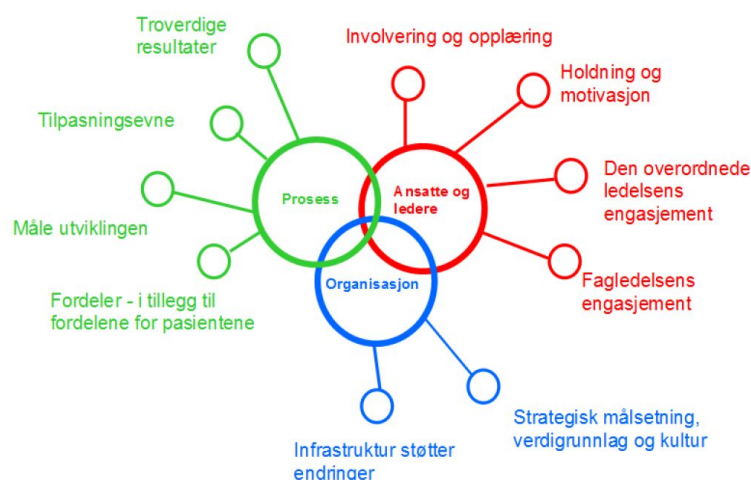
Ut fra lovverket som vist over ser vi at både sykepleiere og ledere i helsevirksomhetene har et selvstendig ansvar i å drive kvalitetsarbeid. Dessuten har ledelsen på alle nivåer i helsetjenesten plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere i systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid (Forskrift om ledelse og kvalitetsarbeid i helsetjenesten, 2016). Helsepersonelloven (1999, § 4) forplikter sykepleier til å drive forsvarlig sykepleie og det inkluderer å holde seg faglig oppdatert og å følge med på utviklingen i faget slik at man arbeider ut ifra den beste tilgjengelige praksisen til en hver tid. Virksomheten skal også drives på en slik måte at det legges til rette for at helsepersonell kan drive forsvarlig praksis (helsepersonelloven, 1999, § 16). Det er ikke bare lovverket som forplikter sykepleier til å drive med kvalitetsarbeid og å holde seg faglig oppdatert. I *yrkesetiske retningslinjer for sykepleier* (Norsk sykepleieforbund,

2016) finner vi beskrevet at sykepleier har et personlig ansvar for å utøve og bidra til å utforme og gjennomføre faglig, etisk og juridisk forsvarlig praksis.

Ifølge Orvik (2015, s. 261) kjennetegnes forbedringsarbeid av at det skapes vedvarende forbedringer i helsehjelpen ved at det dannes en ny praksis, som igjen blir den nye normen. Hensikten med tiltakspakken er nettopp at det skapes ny og varig praksis i hjemmetjenesten som bedrer pasientsikkerheten. Orvik (2015, s. 273) viser til *kontinuerlig forbedringsteori* som tar til orde for at forbedring er en vedvarende prosess hvor små endringer implementeres, testes ut og skaper ny erfaring. For å sikre optimale helsetjenester må helsepersonell i sitt daglige virke kunne identifisere områder med forbedringspotensialer. Forbedringsarbeid blir dermed en del av profesjonen til alle som arbeider innen helseforetakene, i dette inngår helsepersonell og ledere på ulike nivåer. I den kontinuerlige forbedringsteorien inngår også kunnskaper om hvordan forbedringer foregår, og viser til at fagkunnskap ikke alene er hovedkilden til forbedring. Orvik (2015, s. 275) beskriver at forbedringskunnskap har både et refleksjons- og handlingsinnhold da det åpner opp for forståelse av hvordan forbedringsprosesser pågår, og dermed gir større rom for å handle i lys av forbedringsarbeid. Denne tilnærmingen til forbedringsarbeid er relativt ulik det tradisjonelle forbedringsarbeidet, der ansvaret ifølge Orvik (2015, s. 275) lå på den enkeltstående helsevirksomheten som fokuserte på fagspesifikke kunnskaper og egne verdier.

National Health Service (NHS) i Storbritannia har gjennom forskning utviklet *Modell for vedvarende forbedring* som er oversatt til norsk (Nylenna, 2015). De har gjenkjent ti faktorer som fordeler seg på tre områder: De ansatte og ledere, den nye arbeidsprosessen og organisasjonen. Samtlige er avgjørende for å lykkes med gjennomføringen, opprettholdelse og utbredelse av forbedringsarbeid, noe som viser hvor komplekst kontinuerlig forbedring er, og hva som må til for å skape varige forbedrede endringer i praksis (Nylenna, 2015). Se figur 1.3

Figur 1.3: Modell for vedvarende forbedring (Nylenna, 2015)



2.2.1 Forbedringsarbeid i praksis

Ifølge Helsedirektoratet (2018c, s. 6) er helsevirksomhetene selv ansvarlige for å innføre endringstiltakene, men de er avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid med alle som har brukerkontakt. Dette inkluderer fastleger, kommuneleger, tilsynslege og legevaktsleger, sykepleiere, helsefagarbeidere og at andre i tjenesten involveres. Helsedirektoratet (2018c, s. 6) påpeker også at innføringen av tiltakspakken bør være en del av de øvrige strategiske planene, og følges opp av et forbedringsteam. Et forbedringsteam er en arbeidsgruppe som er satt sammen for å arbeide spesifikt med forbedringsarbeidet som er planlagt innført. Forbedringsteamet bør være tverrfaglig og inneha en teamleder, en forbedringseksperter, en måleansvarlig og en ekspert på det området som skal forbedres (Helsedirektoratet, 2018d, s. 25).

En vanlig utfordring i forbedringsarbeid er at de som skal drive arbeidet ikke blir fritatt fra sitt daglige virke, forbedringsarbeidet må derfor forankres i ledelsen fra start slik at det blir tildelt nok tid og ressurser (Stubberud, 2018, s. 139). Dette viser blant annet hvor viktig det er med gode rammebetingelser i det daglige arbeidet med kvalitetsutvikling. Videre sier Stubberud (2018, s. 139) at ledelsens kunnskap og deres holdninger til forbedringsarbeid er avgjørende. Likeledes er det avgjørende at innføring av tiltakspakken er forankret på alle nivåer i ledelsen. Dette viser hvor viktig det er med ledelsens engasjement når det skal utføres forbedringsarbeid i helseforetakene. Like viktig er det at helsepersonellet får kompetanse i hva som skal forbedres, undervisning og opplæring i de ulike verktøyene i tillegg til ferdighetstrening der det er påkrevd (Stubberud, 2018, s. 143). Dette for å skape motiverte ansatte som også er engasjert i innføringen av de nye tiltakene, slik kan det skapes et godt samarbeid med ledelsen.

3 Metodebeskrivelse

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for valg av metode samt gå nærmere inn på utvalgsmetode og kort forklare prosessen med forberedelsen og gjennomføring av intervjuet. Videre vil vi redegjøre for hvordan vi brukte systematisk tekstkondensering i analyseprosessen før vi avslutter med metodeetikk.

3.1 Metodetilnærming

Vi valgte å bygge studien opp etter kvalitativ metode. Dette er en metode hvor det å tolke og skape mening i menneskets subjektive opplevelse er i fokus. Dalland (2015, s. 12) beskriver at den kvalitative metoden går inn for å beskrive meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste i verdi, noe som er i motsetning til den kvantitative metoden. Kvalitativ metode ble derfor et naturlig valg når det var sykepleiernes egne erfaringer vi ønsket å undersøke. Med utgangspunkt i den form for data vi ønsket å innhente, valgte vi benytte fokusgruppeintervju. En stor fordel med fokusgruppeintervju er at dette er en metode som tillater stor grad av spontanitet og tilpassing i interaksjonen mellom forskere og deltakere (Christoffersen mfl., 2015, s. 18). I tillegg kan fokusgruppeintervju gjøre det enklere for den enkelte gruppedeltaker å dele sine erfaringer når andre også gjør det, og gjennom dette kan man legge til rette for en meningsutveksling. Gruppen vår var sammensatt av sykepleiere i HBO, og hadde dermed et felles ståsted, noe vi antok kunne legge til rette for gode innspill og utdypende refleksjoner fra deltakerne i fellesskap.

3.2 Utvalg

Informantene ble valgt på bakgrunn av at de er sykepleiere i hjemmetjenesten og hadde erfaring med oppstarten av tiltakspakken. En sone i distriktet hadde kommet godt i gang med prosjektet, og vi valgte derfor denne sonen. Kontaktperson fra utviklingscenteret kontaktet den aktuelle HBO-avdelingen, og lederen der avtalte med sykepleiere i sonen som hadde vært på proACT-kurs og med dem som var proACT-instruktører. Deretter ble det opprettet kontakt med avdelingsleder for å avtale dato og tidspunkt for intervjuet. I den sammenheng ble det avtalt et fokusgruppeintervju med seks deltakere. På grunn av sykdom og andre årsaker, var det tre deltakere som var tilgjengelige på intervjudagen. Deltakerne vi intervjuet var alle sykepleiere med en gjennomsnittsalder på 41 år. Gjennomsnittets ansiennitet som sykepleier og antall år jobbet i HBO var begge ni år. Gruppen var sammensatt av instruktører og de som kun hadde kurs i proACT.

3.3 Forberedelse og gjennomføring av intervju

Informasjonsskrivet ble levert til leder på avdelingen som igjen leverte det til de aktuelle informantene. Informantene skrev under på skrivet og returnerte det til oss på intervjudagen.

Resultatet er avhengig av at man får innspill fra deltakerne. Den som foretar intervjuet må kunne balansere det å gi deltakerne spillerom til å uttrykke meninger, men samtidig ha kontroll over hvor samtalen ender opp (Christoffersen mfl., 2015, s. 73). For å opprettholde denne kontrollen brukte vi en intervjuguide med spørsmål som er knyttet opp til problemstillingen. I intervjuet hadde den ene av oss ansvar for å stille spørsmål, mens den andre holdt kontroll på hvem som sa hva. Intervjuet hadde en varighet på 43 minutt. Alle deltakerne var like delaktige i svar og refleksjoner rundt spørsmålene. Under intervjuet benyttet vi en båndopptaker utlånt fra studiestedet, opptaket ble senere transkribert før det ble slettet. Vi endte opp med 34 sider med transkribert tekst som var anonymisert. Spørsmålene er gjengitt i figur 1.4.

Figur 1.4: Spørsmål fra intervjuguide



Introduksjonsspørsmål:

Hvilke metoder eller utstyr brukte dere før tiltakspakken?

Hovedspørsmål:

1. Hvilken nytte har dere av utstyrssekken?
2. Finnes det noen utfordringer knyttet til utstyrssekken?

1. Hvilken nytte har dere ved bruk av NEWS?
2. Finnes det noen utfordringer med bruk av NEWS?

1. Hvilken nytte har dere av metoden ABCDE?
2. Hvilke utfordringer har dere med metoden ABCDE?

1. Hvilken nytte har dere av kommunikasjonsmetoden ISBAR?
2. Hvilke utfordringer opplever dere med bruk av kommunikasjonsmetoden ISBAR?

3.4 Analyse av data

Vi valgte å bruke *systematisk tekstkondensering* for å analysere dataen vi samlet inn. Ifølge Malterud (2017, s. 97) er dette en pragmatisk metode for å analysere kvalitative data, og en metode som er godt egnet for nybegynnere for å kunne utføre analysen på en systematisk måte. Videre beskriver Malterud (2017, s. 98) at *systematisk tekstkondensering består av fire trinn*.:

1. Få et helhetsinntrykk
2. Å identifisere meningsbærende enheter
3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene.
4. Å sammenfatte betydningen av dette

Vi fulgte trinnene i denne modellen. Det første vi gjorde var å lese gjennom teksten flere ganger for å skape oss et helhetsoverblikk. Ifølge Malterud (2017, s. 99) er det her viktig å legge bort sin forforståelse, samtidig som man har problemstillingen i mente. Etter at vi hadde lest teksten hver for oss, gikk vi sammen for å dele våre inntrykk av materialet og de foreløpige temaene ble diskutert. Vi ble enige om følgende fire foreløpige temaer. Se tabell 1.0

Tabell 1.0: Trinn 1 foreløpige temaer

Foreløpige temaer	Forbedring	Utvikling	Logistikk	Samarbeid
-------------------	------------	-----------	-----------	-----------

Disse fire temaene danner grunnlaget for våre kodegrupper som vi benyttet videre i analyseprosessen, slik Malterud (2017, s. 101) beskriver. Deretter fortsatte vi med å identifisere de meningsbærende enhetene som da kunne belyse de foreløpige temaene. I systematisk tekstkondensering er det ikke hele teksten som er meningsbærende enheter. Følgelig er det et skille mellom relevant tekst som kan si noe om vår problemstilling og irrelevant tekst (Malterud, 2017, s. 100). Disse delte vi inn i ulike fargekoder, før vi sorterte dem til ulike grupperinger. Til hjelp i sorteringsarbeidet brukte vi en stor plakat, printet ut de fargekodede meningsbærende enhetene og utførte sorteringen på plakaten. På dette stadiet fokuserte vi på nytt på problemstillingen og sorterte inn de meningsbærende enhetene som kunne belyse problemstillingen, noe som Malterud (2017, s. 101) benevner som koding. Gjennom kodingen kom vi fram til at utvikling og logistikk inneholdt mye av det samme, vi slo derfor sammen disse kodegruppene og kalte dem for utvikling. Samarbeid og forbedring ble uendret. Se tabell 1.1

Tabell 1.1: Trinn 2 Kodegrupper

Kodegrupper	Forbedringer	Behov for utvikling	Samarbeid
-------------	--------------	---------------------	-----------

Vi gikk flere ganger tilbake til den originale transkriberte teksten for å kontrollere at ikke noe ble utelatt eller endret mening. Neste fase i analysen var å gå videre til å danne subgrupper for hver enkelt kodegruppe. I dette trinnet er det ifølge Malterud (2017, s. 107) subgruppene som er analyseenheter. Se tabell 1.2

Tabell 1.2: Trinn 3 Kodegrupper og subgrupper

Kodegrupper	Forbedring	Behov for utvikling	Samarbeid
Subgrupper	1. Systematisering 2. Tilgjengelig utstyr	1. Ressurser 2. Tilretteleggelse	1. Bedre samarbeid

I systematisk tekstkondensering lages det et kondensat, dvs. et kunstig sitat som er spesielt for denne metoden (Malterud, 2017, s. 107). Det innebærer at man ser på de meningsbærende enhetene som tilhører subgruppen og vurderer om de skal inngå i kondensatet. På denne måten bygges opp et sitat som representerer en sum av deltakernes stemmer under intervjuet. Vi gikk deretter videre med å lage et kunstig sitat

som skulle representere de ulike subgruppene. Deretter valgte vi et gullsitat for å illustrere hva vi hadde abstrahert. I det fjerde trinnet sammenfattet vi teksten igjen, og hadde som målsetning å være lojal ovenfor deltakernes stemme i tråd med hvordan Malterud (2017, s. 108) beskriver en ideell gjengivelse skal være. På dette stadiet brukte vi kondensatet til å utforme en analytisk tekst for hver enkelt kodegruppe og subgruppe.

Vi fulgte fremgangsmåten Malterud (2017, s. 109) beskriver og brukte tredjeperson når vi utformet teksten da vår rolle er å gjenfortelle på vegne av andre slik at ny kunnskap oppstår. I den analytiske teksten sammenfattet vi flere fortellinger og utsagn som belyste problemstillingen. Ifølge Malterud (2017, s. 110) er neste trinn i analyseprosessen å sette en overskrift som har tilknytning til de opprinnelige temaene og kodene. Tabell 1.3 nedenfor viser våre hovedkategorier.

Tab 1.3: Trinn 4 Hovedkategorier og subgrupper

Hovedkategorier	Subgrupper
Kvalitetsforbedringer etter innføringen av tiltakspakken	Tilgjengelig utstyr Systematisering
Implementering i HBO	Ressurser Tilretteleggelse
Samarbeid med andre instanser	Bedre samarbeid

3.5 Etikk

Det første vi gjorde i forbindelse med prosjektet var å søke Norsk senter for forskningsdata (NSD). Referansekode til godkjent meldeskjema hos NSD er 842071. Vi fulgte retningslinjene for empirisk oppgaveskriving på vårt studiested og fulgte anbefalinger om forskningsetikk fra veileder. I slike prosjektet er konfidensialitet viktig. Alle deltakerne samtykket til intervjuet og ble informert om at de når som helst kunne trekke seg. Under intervjuet brukte vi en båndopptaker utlånt fra NTNU. Opptakene ble lagret på en sikker datasky med passord på universitetets eget datasystem. Lydopptaket ble i etterkant transkribert ordrett og ble anonymisert før filen ble slettet. Taushetsplikten ble overholdt og ingen av deltakeren kan gjenkjennes uti fra teksten.

4 Resultat

Her vil vi presentere hovedkategoriene som fremkom fra analyseprosessen. De tre hovedkategoriene vi kom frem til presenteres i sin helhet med sine subgrupper skrevet inn i teksten. Kategoriene er: kvalitetsforbedringer etter innføringen av tiltakspakken, samhandling med andre instanser og implementering i HBO.

4.1 Kvalitetsforbedringer etter innføringen av tiltakspakken

Ifølge våre informanter har tiltakspakken vært et kvalitetsløft i HBO. De systematiske kartleggingsverktøyene og det nye utstyret har vært et etterlengtet tillegg for å undersøke brukere i hjemmet. De gjentok flere ganger at det var positivt med systematisering av undersøkelsene. Samtidig sa de at ABCDE-prinsippene er som de alltid har gjort og lært på skolen, men det er positivt at det nå er i system. En deltaker sier «at det er bedre å stå i en akutt situasjon og å kunne begynne på A». De forteller også at man automatisk går gjennom ABCDE-prinsippene når man bruker NEWS2. Deltakerne er tydelige på at det fortsatt er viktig å bruke det kliniske blikket i møte med brukere, og sier det er en fare for å bli for opphengt i skjema.

“Som sykepleier har jo du lært dette her, når du gikk på skolen, men det er det å systematisere det. Du har kunnskapen og gjør ting du ikke tenker over at du gjør. Det er en oppfriskning av det man kan allerede, men nå er det i system”.

Deltakerne forteller at det er en stor fordel med NEWS2. En deltaker forteller at de opplever å komme hjem til brukere som ved første øyekast trenger ambulanse, etter undersøkelse og NEWS2 blir det nedgradert. En annen deltaker tilfører at det ikke nødvendigvis fører til færre innleggelser, men til mindre blålys og akutte situasjoner.

“Du kan betrygge brukere når målingene er fine. De slår seg til ro med det. Og ser at de kan vente til dagen etter og dra til fastlegen.”

En annen utvikling fokusgruppen erfarte etter innføring av tiltakspakken var at unødige legevaktsbesøk blir forhindret. De har stått i situasjoner der brukere som føler seg uvel, eller har litt diffuse symptomer blir betrygget når de kan ta et par målinger og få kartlagt at alt er normalt. De sier at de systematiske undersøkelsene fungerer litt som brannsløkking og reflekterer litt rundt om det er litt økonomi som ligger bak tiltakspakken. Tiltakspakken gjør det også lettere for sykepleierne å reise fra bruker som ikke er kritisk syke, det vil si de som ikke har behov for mer helsehjelp. Sykepleier slipper å tenke “Hva om?”.

Deltakerne i intervjuet opplevde det som uforbeholdent positivt å få akuttsekken og beskrev en hverdag som tidligere var preget av frustrasjon over å ikke ha utstyr tilgjengelig. Dette førte til unødig bruk av tid der deltakerne måtte innom kontoret og eventuelt lete eller ringe til en kollega som hadde utstyret de trengte. Etter akuttsekken ble tatt i bruk, har de tilgjengelig utstyr i feltet. Deltakerne var alle enige om at dette var

på tide, og uttrykte glede over at det nå var på plass. Alle oppga at akuttsekken var en stor fremgang for HBO.

"Nå har vi utstyret i feltet og slipper å dra tilbake på kontoret for å lete etter det, noe som fører til at vi kommer fortere på plass for å hjelpe brukere i hjemmet".

Informantene fortalte at responstiden fra de fikk informasjon om bruker som trengte tilsyn til de var på plass var blitt redusert. I dag er det ansvarlig sykepleier som responderer på trykksalarmer som tar med akuttsekken med i bilen om morgnen. Informantene mente derimot ikke at det nye utstyret skulle være forbeholdt sykepleiere ettersom alle som jobber i HBO har nær brukerkontakt.

"I hjemmesykepleien er det ikke bare sykepleieren som har nær brukerkontakt, jeg opplever at det er viktig at også hjelpepleiere kan reise ut med akuttsekken dersom det er behov for det".

De ga uttrykk for at utstyret som var i akuttsekken var helt nødvendig for å foreta kliniske undersøkelser. De beskrev at de fortsatt har det gamle utstyret på kontoret dersom noen skulle behøve det. Informantene så frem til å få en sekk til, og håpte at det i fremtiden ville være én sekk til hver bil.

4.2 Samhandling med andre instanser

Samtlige av deltakerne sier samarbeidet med legevaktkontoret har blitt bedre. Dette begrunner de med at de har fått et felles språk. Tidligere var det litt mer tilfeldig hva som ble rapportert til legevakten, nå som de har utført systematiske undersøkelser kan sykepleier i HBO formidle vitale parameter når legevakten etterspør disse.

"Når de spør om blodtrykk så sier vi aldri «nei, det vet vi ikke» lenger. Nå vet vi. Nå snakker vi samme terminologi og forstår hverandre"

De sier at dette ikke er på grunn av ISBAR at samarbeidet har blitt bedre. Alle deltakerne er enige om at når de ringer til legevakten så er ISBAR det de alltid har gjort, men at det nå har fått et navn. Et eksempel en deltaker kom med for å illustrere bruk av felles språk mellom legevakten og HBO var når informant kom for å bistå en assistent hjemme hos en bruker. Assistenten var på telefonen med legevakten og ambulansen var på vei. Deltakeren sa at «kurset var friskt i minne» og at hun startet kartleggingen. Deltakeren og sykepleier på legevakten snakket samme språk og brukte samme terminologi. Etter en del observasjoner kunne legevakten nedgradere ambulansen som kunne skru av blålysene. Målingene og undersøkelsene viste at det ikke var en akutt situasjon.

Deltakerne erfarer økt gjennomslagskraft i kommunikasjon med andre helsepersonell. Alle var enige om at det er en fordel å kjenne brukerne slik de gjør i HBO. De ser det ofte på brukere når det er noe som er galt, men de sier at de ikke kan ringe legevakta og si:

"Du må bare stole på meg, bruker er syk"

Spesielt i samarbeid med legevakten har de merket hvordan de blir tatt mer på alvor når de ringer og har utført systematiske undersøkelser og har en NEWS-skår. Spesielt NEWS-skår gjør at man blir tatt på alvor hos legevakten. Deltakerne fortalte også at de stolte mer på egne vurderinger når de kunne støtte seg til målinger de har utført.

En deltaker fortalte at hun sendte en NEWS-skår til en fastlege og opplevde å få raskere respons enn hun ville fått tidligere uten en NEWS-skår. Dette gjaldt imidlertid ikke alle fastleger: en annen deltaker fortalte at hun sendte en NEWS-skår til en annen fastlege og fikk svaret "Hva så?". De fortalte videre at det ikke er alle fastleger som har hatt opplæring i NEWS, eller er interessert i NEWS, samtidig er det flere fastleger som nå forstår at det er mer enn bare synsing når de kommer med konkrete målinger de har gjort.

Etter samhandlingsreformen (2012) har HBO fått ansvar for stadig mer komplekse behandlingsregimer. En deltaker sier det slik:

" Med samhandlingsreformen har det blitt enda viktigere at vi snakker samme språk for å sikre forsvarlig pasientsikkerhet"

De har sett at enkelte brukere nå kommer hjem med en NEWS-skår fra sykehuset. Dette mener de er en positiv utvikling og noe som bedrer samhandlingen om brukere. Når man har en NEWS-verdi å forholde seg til, kan det raskt avdekkes om tilstanden til bruker forverres hvis NEWS-skåren øker. En deltaker reflekterer rundt at det i fremtiden hadde vært en fordel om alle brukere kom hjem med en NEWS-skår fra sykehuset. De sier at det stadig blir bedre overganger mellom sykehus og hjemmetjenesten, men at det fortsatt er en vei å gå.

4.3 Implementeringen i HBO

Deltakerne var svært positive og motiverte til å bruke tiltakspakken og komme i gang med opplæringen av kolleger. De ga uttrykk for at de trengte tid og tilretteleggelse for å kunne organisere etableringen på en tilfredsstillende måte. Videre ble innføringen komplisert av det til tider hadde vært mye sykdom og i tillegg har de andre nye etableringer som trenger oppmerksomhet.

"Vi har aldri nok tid, vi mangler folk og ressurser".

Deltakerne opplevde det som utfordrende å komme i gang med undervisning og opplæring av kollegaer i kommunen. De manglet lokaler, tid og nok personale til å komme i gang med kursingen av de andre. For å få tiltakspakken inkorporert i deres hverdag ga de uttrykk for at det er behov for at alle som har brukerkontakt kommer i gang med bruk av tiltakspakken. De formildet at det øvrige personalet også var motiverte til å komme i gang.

Under intervjuet kom det frem at det var behov for å innarbeide rutiner for å komme skikkelig i gang med innføringen av tiltakspakken. Et forslag til ny praksis var at alle nye brukere fikk "normalverdier" på tavlen, slik at det var et sammenligningsgrunnlag ved evt. forverring. To av deltakerne beskrev også at det var lett å glemme å ta med akuttsekken, fordi det ikke var innarbeidet rutiner på å ta den med. Det var hektiske morgener, mye som skulle huskes og når man da ikke var vant til å ta med sekken var det fort gjort å glemme den. En av informantene kommenterte at de ikke fikk en påminnelse om å ta den med, men måtte huske å ta med akuttsekken selv. Et forslag fra gruppen var å få sekken på kjørelisten slik at man fikk en påminnelse om å ta den med. Alle i gruppen var motiverte til å innarbeide gode rutiner.

En utfordring deltakerne erfarte var at NEWS2 ikke er helt tilpasset hjemmetjenestens ressurser eller har tatt hensyn til hva de kan bistå i hjemmet. Etter at man har tatt en NEWS-skår som er høy, er tiltakene om hva man skal gjøre og hvordan man skal handle, er utarbeidet for pasienter på institusjon. En deltaker ga følgende eksempel:

"Jeg var hos en bruker som etter gjennomgangen fikk en høy NEWS-skår, den tilsa at jeg skulle ta målinger hvert 20, minutt, men det kan jeg jo ikke. Da måtte jeg ha sittet fastvakt. Det har vi ikke ressurser til i HBO".

Etter litt videre refleksjoner sa de at når en bruker trenger hyppige målinger, ringer de legevakten. Noe som også ble gjort i eksempelet ovenfor.

5 Diskusjon

5.1 Metodekritikk

Avtalen var i utgangspunktet et fokusgruppeintervju med seks deltakere, men kun tre møtte, dette er få deltakere i en fokusgruppe og kan gi begrensinger i funnene. Det kan være at andre tema og nyanser hadde kommet fram om det var flere deltakere til stede. Frafall er en kjent problemstilling i kvalitativ forskning, dessverre hadde ikke vi som bachelorgradsstudenter mulighet til å foreta ytterligere fokusgruppeintervjuer. Til tross for et mindre utvalg enn vi hadde håpet på, opplevde vi at alle informantene var like delaktige, diskuterte, reflekterte godt rundt spørsmålene og til tider uttrykte ulike meninger. Dette kan komme av det at deltakeren følte seg komfortable til å uttrykke seg nettopp fordi de var en liten gruppe. Alle i fokusgruppen var erfarne sykepleiere i hjemmetjenesten og var godt skolert i tiltakspakken, samtidig kan det være at vi ville fått frem andre nyanser og perspektiver med uerfarne sykepleiere tilstede.

Det at vi var to under intervjuet og transkriberte teksten selv ga nær kjentskap til funnene og var en fordel under analyseprosessen. Vi er åpne for at det er andre forhold som kan ha innvirkning på resultatet enn det som kommer frem her.

5.2 Kvalitet i en sekk

Sykepleierne vi intervjuet erfarte et kvalitetsløft med akuttsekken og de nye standardiserte kartleggingsverktøyene. Disse verktøyene har visst seg å være effektive i å avdekke en forverret tilstand, men kan aldri erstatte sykepleiers kliniske kompetanse. Sykepleierne vi intervjuet sier det er lett å bli for opphengt i skjema og dette er en av farene ved bruk av standardiserte kartleggingsverktøy. Helsedirektoratet (2018c, s. 8) presiserer at tiltakspakken kun er ment som et hjelpemiddel og skal være et supplement til sykepleiers kliniske skjønn. Et eksempel på dette er personer som er immunsupprimert, de kan ha en fin NEWS-skår, selv om de er i ferd med å utvikle multiorgansvikt. Eldre mulitsyke pasienter har ofte en høy NEWS-skår uten at det nødvendigvis betyr at tilstanden er i endring. Derfor kreves det stor grad av klinisk skjønn når man anvender standardiserte kartleggingsverktøy på den gamle pasienten (Stubberud, 2018, s. 75). Dette viser hvorfor sykepleier i hjemmetjenesten fortsatt må bruke klinisk kompetanse i møte med brukere i hjemmet og ikke la NEWS2 bli en hvilepute.

Akuttsekken er kanskje den største forbedringen sykepleiere erfarer, men sykepleierne i vårt utvalg opplever at det er tungvint med kun én sekk. Hovedpoenget med akuttsekken er at det skal være tilgjengelig utstyr når det er behov for det. Slik det er i vårt undersøkelsesområde nå, må sykepleier ringe den som er ansvarlig for sekken den dagen, noe som gjør at man kan tape verdifull tid. Det er bestilt én sekk til som avdelingen skal få og vi ser at det stadig er oppgraderinger, men for optimal fungering i forhold til tiltenkt funksjon burde akuttsekken være tilgjengelig i hver bil.

5.3 Felles språk på tvers av sektorer

Deltakerne erfarer at de nå har et felles språk når de kommuniserer med andre instanser, og at dette har ført til at samarbeidet har blitt bedre. Ifølge Stubberud (2018, s. 59) kan god kommunikasjon mellom helsepersonell sikre pasientsikkerheten, mens det motsatte vil skje ved en ineffektiv kommunikasjon. ISBAR er et hjelpemiddel som skal sørge for at det er effektiv og kvalitetssikret kommunikasjon mellom helsepersonell og ble derfor inkludert i *I trygge hender 24-7*. Informantene forteller at de ikke aktivt bruker dette hjelpemiddelet. Det er først og fremst den nye terminologien og fagspråket som har bedret samarbeidet mellom de ulike nivåene og da spesielt med legevakten. Dette støttes av Downey mfl., (2017) i deres forskning på fordeler og ulemper med NEWS for pasienter, ansatte og omgivelsene. Et av de viktigste funnene var at det standardiserte kartleggingsverktøyet NEWS ga helsepersonell på ulike behandlingsnivåer og instanser et felles språk, dette fordi NEWS er enkelt å bruke og enkelt å tolke.

Sykepleierne vi intervjuet hadde lang erfaring i HBO og rapporterte at ISBAR var som de alltid hadde gjort. Moi mfl., (2019) viser til i sin forskning at dette verktøyet gjør at man blir mer bevisst egen kommunikasjon, den blir tydeligere og mer strukturert og forutsigbar. De sier videre at det de rapporterte var objektive og relevante observasjoner og ikke egne grunnløse meninger. Et viktig funn var at studentene følte seg mer selvsikre på egen kommunikasjon og ekspertise. Det ble bedre teamarbeid og pasientsikkerheten økte. Det som ofte kjennetegner den uerfarne er usikkerhet. Ut ifra denne forskningen kan man anta at ISBAR vil være til større nytte for den uerfarne sykepleieren i HBO. Det kan føre til at de føler seg mer selvsikre i egen kommunikasjon med andre helseinstanser når de viderefører sine observasjoner og vurderinger om brukere. ISBAR er et hjelpemiddel de kan bruke til å rapportere effektivt, hensiktsmessig og korrekt til andre instanser i helsevesenet.

Et område med forbedringspotensial er involvering av alle som har brukerkontakt og som samarbeider med hjemmetjenesten. Vi har sett hvordan deltakerne opplever å få raskere respons hos fastleger som har tatt i bruk NEWS2, men også hvordan enkelte fastleger ikke ser poenget med en NEWS-skår. For optimal fungering av tiltakspakken burde alle fastleger i kommunen involveres og bruke NEWS2. Dette samsvarer med anbefalingene fra helsedirektoratet (2018c, s. 6) som er tydelig på at en vellykket implementering av tiltakspakken forutsetter at alle med brukerkontakt involveres og bruker tiltakene i tiltakspakken.

Etter samhandlingsformen (2012) har det blitt viktigere med et felles språk mellom sykehus og kommune for å sikre gode pasientoverganger. Ifølge Orvik (2015, s. 167) er fragmenterte tjenester en stor trussel mot pasientsikkerhet. Et område hvor det kan oppstå brudd er i pasientoverganger når pasienter overflyttes fra et behandlingsteam til et annet. Overgangen mellom sykehus og kommune er et slikt område hvor viktig brukerinformasjon ofte går tapt og hvor det norske helsevesenet har forbedringspotensial. Vi nevner dette fordi deltakerne vi intervjuet erfarte det som en positiv utvikling når brukere kom hjem fra sykehus med en NEWS-skår. Vi synes dette er et viktig funn som kan være et område for en fremtidig studie, hvor man kan undersøke om NEWS2 kan bidra til økt kvalitet i pasientoverganger mellom sykehus og kommune.

5.4 Støtte, involvering og arbeidsfelleskap

I trygge hender 24/7 er basert på forskningsbasert kunnskap, der man skal avdekke tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Men for å få en vellykket implementering er det ikke nok å utelukkende fokusere på teori. Som Orvik (2015, s. 277) viser, må man også ha kunnskap om forbedringsarbeid. Dette blir vektlagt i den *kontinuerlige forbedringsteorien*. Brandrud mfl., (2011) viser i sin forskning til tre suksess faktorer for kontinuerlig forbedring i helsevesenet. Det er behov for vedvarende og troverdig kunnskap om den beste tilgjengelige praksis og at disse er målbar. Dernest er det viktig at alle som skal være involvert i forbedringsarbeidet er engasjert, dette inkluderer bruker og pårørende, ledelsen, personalet og miljøet rundt de ansatte. Den siste suksessfaktoren sier at man behøver en struktur for implementering som er basert på forbedringskunnskap og at dette inkluderer et forbedringsteam, tilgjengelige veiledere, et læringssystem og varige system. I den samme forskningen finner man at dersom man skal implementere ny varig praksis i helsevesenet og man ikke benytter seg av en modell for kontinuerlig forbedring er det lite sannsynlig at det blir vellykket. Tiltakspakken tilbyr et læringssystem, forbedringskunnskap, tiltak som må til for at det skal skje en forbedring hos HBO og redskaper for måling av framgang med implementeringen. Et av de avgjørende punktene i prosessen med kontinuerlig forbedring er at det utføres målinger for hvordan framgangen med tiltakspakken utvikler seg og sprer seg i virksomheten. I vår data ser vi ikke at slike målinger blir utført. Dersom det opprettes et forbedringsteam kan dette teamet følge opp utviklingen og evaluere hvordan kunnskapen spres seg, og være i tråd med anbefalinger fra *I trygge hender 24-7* som anbefaler at man bruker PDSA-modellen og et forbedringsteam som får avsatt tid og ressurser vil kunne jobbe dedikert med oppfølgingen etter denne modellen. Brandrud mfl., (2011) poengterer også det avgjørende for en vellykket implementering at det brukes en forbedringsmodell og at man har forbedringskunnskap.

Noen av sykepleierne vi intervjuet var proACT-instruktører og skal dermed kurse de andre ansatte i sin sone og andre utvalgte avdelinger i kommunen, men de opplevde at det var vanskelig å komme i gang på grunn av manglende tid og tilretteleggelse. I tillegg hadde det vært en periode med høyt sykefravær som vanskeliggjorde det videre arbeid med implementeringen. Et av hovedproblemene er at de ikke har nok tid til å gjennomføre endringene som er nødvendig. Orvik (2015, s. 91) støtter også opp under dette og beskriver at forutsetningene for å kunne drive kvalitetsarbeid er å ha nok tid. Vi ser derimot at tiden ofte er en mangelvare for informantene vi intervjuet, dette kan komme av at det ikke er tilstrekkelige ressurser eller bemanning å ta av. Funnene våre viser at deltakerne var motiverte til å komme i gang med kursingen av kollegaer og det videre arbeidet med å etablere rutiner og å spre kunnskapen i virksomheten, men det er behov for mer støtte og engasjement fra alle nivåer i ledelsen. *Modell for vedvarende forbedring* viser at den overordnede lederens engasjement for forbedringsarbeidet er den viktigste faktoren for å lykkes, og at forbedringen må prioriteres og legitimeres på øverste nivå (Nylenna, 2015). Videre må ledere på alle nivåer samarbeide med de ansatte og ta felles ansvar for at varige forbedringer skal skje. Her vil en engasjert leder være med på å bidra til å støtte og tilrettelegge for at det åpnes opp for nok tid, tilstrekkelig personalet og ressurser. Støtte til sykepleierne i HBO vil være elementært for at de skal kunne utføre endringer som er nødvendige for implementeringens suksess.

Sykepleierne i vårt utvalg erfarer at det er behov for standardisering av nye rutiner, noe som krever ressurser og samarbeid. En vellykket implementering avhenger av endringer i rutiner for å sikre at ny, og forbedret praksisen kan skje i fremtiden (Helsedirektoratet,

2018d, s. 38). Sykepleierne opplevde at manglende rutiner førte til at akuttsekken lett ble gjenglemt på kontoret. Egne forslag til etablering av nye rutiner var å få en påminnelse på kjørelisten om å ta med akuttsekken og at hele personalgruppen involveres. Sykepleierne ga uttrykk for et behov for å spre kunnskapen innad i avdelingen. Da de så dette som en forutsetning for å etablere nye rutiner og ny praksis. Dette støttes av forskning utført av Kyrkjebø mfl., (2017) som undersøkte tilrettelegging av kvalitetsforbedring og kompetanseutvikling i kommunen. De ønsket å se nærmere på hvordan sykepleiere i kommunen jobber med kompetanseutvikling og utfordringer med dette arbeidet. Et av deres funn er at arbeidsfellesskapet utgjorde et grunnlag for en læringsarena og kompetanseheving. Ettersom dette vil skape et felles ståsted og en faglig diskusjon innad i HBO og legge grunnlag for etableringen av nye rutiner. *Modell for vedvarende forbedring* (Nylenna, 2015) sier at involveringen av de ansatte er en av nøkkelfaktorene for å stimulere til varige forbedringer. Blant kollegaer på arbeidstedet er det viktig å skape motivasjon og vedlikeholde engasjementet for forbedringsarbeidet. Under disse forutsetninger ser vi at det er helt avgjørende å komme i gang med kursing av personalgruppen da kursing er med på å skape og opprettholde engasjement og motivasjon samtidig som det vil bidra med å skape et fellesskap blant kollegaene i det videre forbedringsarbeidet. Helsedirektoratet (2018d, s. 39) mener at dette gir eierskap slik at det utvikles et ønske om å fortsette med implementeringen, men også for å sikre vedlikehold i kompetanse hos personalet og at praktiseringen smitter over på nyansatte og vikarer.

5.5 Konklusjon

Sykepleierne i hjemmetjenesten har fått nytt utstyr i form av en akuttsekk og dette har økt kvaliteten helsehjelpen brukere i hjemmet mottar fordi det nå er tilgjengelig utstyr i feltet. De standardiserte verktøyene er en forbedring, men det er viktig å presisere at verktøyene aldri kan erstatte sykepleiers kliniske kompetanse. Dersom implementeringen av tiltakspakken skal lykkes er det behov for at de ansvarlige i alle ledd tilrettelegger for forbedringsarbeidet. Det bør legges en plan for hvordan endringene skal skje i praksis og ansatte bør få eierskap til forbedringsarbeidet gjennom opplæring og undervisning. Like viktig er det at ledelsen og medarbeiderne samarbeider mot et felles mål og vektlegger hvor viktig tiltakspakken er for pasientsikkerheten i kommunen. Teori om kontinuerlig forbedring viser hvor komplekst det er å iverksette slike endringer og at det krever mye av både leder og ansatte.

5.5.1 Konsekvens for sykepleie

(1) Det var litt uklart for gruppen hva man skal gjøre med kravet om gjentatte målinger når brukere fikk en høy NEWS-skår. Det er pågående arbeid i å tilpasse NEWS2 til HBO, men i mellomtiden anbefaler vi at det gjøres en vurdering om det er behov for en fagprosedyre på arbeidstedet i forhold til hvordan man agerer i disse situasjonene. (2) Det bør etableres et forbedringsteam som følger opp og evaluerer den videre implementeringen, etableringen av nye rutiner og spredningen av kompetansen. Disse bør jobbe systematisk med kontinuerlig forbedring og da etter en forbedringsmodellen. (3) Ledelsen må tilrettelegge for de ansatte i det videre forbedringsarbeidet og et samarbeid bør etableres mellom partene. (4) Det bør på sikt være en sekk i hver bil. (5) Flere må involveres i implementeringen både ulike samarbeidspartnere fra andre helseinstanser og kollegaer på arbeidsplassen. Det er behov for videre forskning på om innføringen kan føre til samfunnsøkonomiske besparelser, samt redusere bruk av ressurser og bidra til effektivisering da vi ser tendenser til dette i form av at

legevaktbesøk blir avverget og blålys blir nedgradert. Det trengs også mer forskning på om tiltakspakken på sikt kan øke kvaliteten i pasientoverganger mellom sykehus og kommune.

6 Referanser

- Brandrud, A.S., Schreiner, A., Hjortdahl, P., Helljesen, G.S., Nyen, B. og Nelson, E.C. (2011) Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members. *BMJ Quality & Safety [Internett]*, 20 (3), s. 251-259. DOI:10.1136/bmjqs.2009.038604
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, A.B. og Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2015) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Downey, C.L., Tahir, W., Randell, R. og Brown, B.M. (2017) Strengths and limitations of early warning scores: A systematic review and narrative synthesis. *International journal of Nursing studies [Internett]*, 76, s 106-119. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2017.09.003
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. *Forskrift 28. Oktober 2016 nr 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.
- Helsedirektoratet. (2018a) Om *pasientsikkerhetsprogrammet* [Internett].
Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet>> [Lest 05. desember 2018].
- Helsedirektoratet. (2018b) *Tidlig oppdagelse av forverret tilstand* [Internett].
Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand>> [Lest 05. desember 2018].
- Helsedirektoratet. (2018c) *Tiltakspakken for tidlig oppdagelse av forverret tilstand (hjemmetjenesten)* [Internett]. *Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:*
<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/_attachment/4083?_download=false&_ts=162e31c804e> [Lest 26. april 2019].
- Helsedirektoratet. (2018d) *Forbedringsguiden* [Internett]. Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:
<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/Forbedringskunnskap/Forbedringsarbeid/_attachment/4886?_download=false&_ts=16541fa3b1b> [Lest 14. mai 2019].
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24.juni 2011 nr. 30 lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Helsepersonelloven. Lov 02.Juli 1999 nr 64 lov om helsepersonell m.v.
- Kompetansebroen. (2018) *NEWS og ISBAR-skjema for utskrift* [Internett].
Kompetansebroen. Tilgjengelig fra: <<https://www.kompetansebroen.no/article/news-og-isbar-skjema-for-utskrift/>> [Lest 16. Mai 2019].
- Kyrkjebø, D., Søvde, B.E. og Råholm, M.B. (2017) Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering?. *Sykepleien*. [Internett]. DOI:10.4220/Sykepleienf.2017.64027

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Moi, B.E., Söderhamn, U., Marthinsen, G.N. og Flateland, S.M. (2019) Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell. *Sykepleien*. [Internett]. DOI:10.4220/Sykepleienf.2019.74699

Norsk sykepleieforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-forsykepleiere?fbclid=IwAR2kDC1ZNIImZSnYAhQxP2xqBELC2E0287ZGFqy7YhHm8ZJJXmVZS1n3tYYg>> [Lest 26. april 2019].

Nylenna, M. (2015) *Hvordan skape vedvarende forbedring?* [Internett]. Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/verktoy-for-vedvarende-forbedringer-sustainability>> [Lest. 14. mai 2019].

Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*.

St.meld.nr. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011- 2015)*.

St.meld.nr10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*.

St.meld.nr13 (2016-2017) *kvalitet og pasientsikkerhet 2015*.

Stubberud, D.G. (2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (2017) *Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenesten i Møre og Romsdal* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.utviklingscenter.no/moere-og-romsdal.176115.no.html>> [Lest 5. desember 2018].

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (2018) *Nettverk for -instruktører*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.utviklingscenter.no/nettverk-for-proact-instruktoerer.6109726-461918.html> [Lest 26. April 2019].

WHO (2017) *Patient Safety: Making health care safer* [Internett]. Geneva: WHO. Tilgjengelig fra: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf;jsessionid=48BA76DB41D7C49234F7D068BF9CA717?sequence=1>> [Lest 5. desember 2018].

